

УТВЕРЖДАЮ
 Руководитель предприятия, учреждения
 (полное наименование должности юридического лица)

 Ф.И.О.
 « ____ » _____ 20__ г.
 М.П.

**Список лиц (контингента работников),
 подлежащих прохождению предварительного и (или) периодического медицинского осмотра
 (в соответствии с приказом № 29н)**

ПО _____ в 20__ г.
 наименование предприятия, организации, учреждения (полное и сокращённое(при наличии))

Юридический адрес: _____

Фактический адрес: _____

Коды: ОКВЭД _____

ОГРН _____

ИНН _____

Количество работающих:

- в соответствии со штатным расписанием: _____

- количество работающих фактически, всего ____, в т.ч. женщин ____, в т.ч. работников до 18 лет ____

№ п/п	Наименование цеха, участка, производства, структурного подразделения	Наименование профессии, должности, специальности, рабочего места	Наименование вредных и (или) опасных производственных факторов, наименование работ	№ пункта, № приложения приказа	Периодичность осмотра	Численность работающих		Количество работников, подлежащих осмотру						
						всего	в т.ч. женщин	итого		из них: всего в ЛПУ		из них: всего в ЦПП		
								всего	в т.ч. женщин	всего	в т.ч. женщин	всего	в т.ч. женщин	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

Примечание:

Лица, не достигшие возраста 21 года, проходят периодические медицинские осмотры ежегодно.

Для работников, занятых на работах во вредных и (или) опасных условиях труда, первый периодический осмотр в центре профпатологии проводится при стаже работы 5 лет во вредных условиях труда (подклассы 3.1 - 3.4, класс 4), последующие периодические осмотры у данных категорий работников в центре профпатологии проводятся один раз в пять лет.

Работники, имеющие стойкие последствия несчастных случаев на производстве, один раз в пять лет проходят периодические осмотры в центрах профпатологии.

Начальник отдела кадров _____ (подпись, Ф.И.О. расшифровка подписи)

Ответственный за проведение медосмотров _____ (подпись, Ф.И.О. расшифровка подписи)
(полное наименование должности)

УТВЕРЖДАЮ

Наименование предприятия _____

Должность руководителя предприятия _____

Ф.И. О.,

подпись _____ « ____ » _____ 20 ____ г.МП

**Список поимённый работников,
подлежащих периодическому медицинскому осмотру в 20__ году,
(согласно ст.34 Федерального закона № 52-ФЗ от 30.03.1999 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и приказа
Минздрава России № 29н)**

_____ в 20__ г.

Наименование предприятия, организации, учреждения: (полное и сокращенное (при наличии))

Юридический адрес: _____

Фактический адрес: _____

Коды:ОКВЭД _____

ОГРН _____

ИНН _____.

Дата последнего медицинского осмотра –

Дата последнего медосмотра в Центре профпатологии -

№	Наименование структурного подразделения	Наименование профессии	Ф.И.О.	Пол	Дата рождения (число, месяц, год)	Стаж работы (полных лет)	Приложения и пункты приказа №29н	Периодичность осмотра	Стойкая утрата трудоспособности	Возраст до 18 лет	СНИЛС	Адрес регистрации
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

Общая численность работников _____ человек, в том числе:

- женщин _____ человек,
- работников, имеющих стойкую утрату трудоспособности _____ человек,
- в возрасте до 18 лет _____ человек.

Численность работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда

всего _____ человек, в том числе:

- женщин _____ человек,
- работников, имеющих стойкую утрату трудоспособности _____ человек,
- в возрасте до 18 лет _____ человек.

Численность работников, занятых на работах, при выполнении которых обязательно проведение периодических медицинских осмотров (обследований), в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний

всего _____ человек, в том числе:

- женщин _____ человек,
- работников, имеющих стойкую утрату трудоспособности _____ человек,
- в возрасте до 18 лет _____ человек.

Численность работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру в 20__ году всего _____ человек, в том числе:

- женщин _____ человек,
- работников, имеющих стойкую утрату трудоспособности _____ человек,
- в возрасте до 18 лет _____ человек.

Численность работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру в Центре профпатологии в 20__ году _____ чел, в том числе:

- женщин _____ человек,
- работников, имеющих стойкую утрату трудоспособности _____ человек,
- в возрасте до 18 лет _____ человек.

Подпись работника, ответственного за проведение ПМО

Ф.И.О. _____

(расшифровка подписи)

Телефон исполнителя